UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'ELÉPHANTIASIS TUBERCULEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Novembre 1909

PAR

Eugène TRIQUERA

Né à Collioure (Pyr.-Orient.), le 7 septembre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, professeur. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé } *Assesseurs.*
RICHE, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

L'ÉLÉPHANTIASIS TUBERCULEUX

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'ÉLÉPHANTIASIS TUBERCULEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Novembre 1909

PAR

Eugène TRIQUERA

Né à Collioure (Pyr.-Orient.), le 7 septembre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé } *Assesseurs.*
RICHE, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM	GRASSET (✲) Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲)
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲)
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants . . .		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUMOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

E. TRIQUÉRA.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

E. TRIQUÉRA.

Sur le point de quitter notre vie d'étudiant, après avoir jeté un dernier regard plein de regrets sur la route trop tôt parcourue, nous nous faisons un devoir de remercier les Maîtres qui nous y ont guidé et les camarades qui nous accompagnaient.

Notre souvenir se porte d'abord vers nos anciens maîtres de la Faculté de Toulouse, qui furent nos premiers initiateurs dans la carrière médicale. Nous leur témoignons ici toute notre reconnaissance.

Nous remercions ceux de nos maîtres de la Faculté de Montpellier qui n'eurent pour nous que de la bienveillance. Nous remercions tout spécialement M. le professeur Forgue, pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée en nous dirigeant dans le choix de notre thèse, et pour le grand honneur qu'il nous fait d'en présider la soutenance ; M. le professeur Ville, pour les marques incessantes de bonté qu'il nous a prodiguées durant notre séjour à la Faculté de Montpellier.

Nous adressons enfin un souvenir plein de gratitude à MM. les docteurs Péré, Cazade, Gauté, Castex, Salles et Duplan, médecins, chirurgiens et accoucheurs de l'hôpital de Tarbes, qui, pendant notre internat, furent les gui-

des sûrs et précieux de notre éducation clinique. Puissions-nous égaler un jour leur valeur professionnelle.

A nos amis, nous adressons un dernier adieu ; nous espérons que, malgré notre séparation, les liens de bonne camaraderie qui nous unissent resteront intacts, et que si, plus tard, les hasards de la vie nous remettent de nouveau côte à côte, nous nous retrouverons toujours aussi unis et prêts à nous entr'aider.

L'ÉLÉPHANTIASIS TUBERCULEUX

INTRODUCTION

Depuis que l'anatomie pathologique et la bactériologie sont venues aider et contrôler le diagnostic clinique, nous avons rapporté à leur véritable cause nombre d'états morbides dont la pathogénie nous échappait totalement ou en partie. L'ancienne conception de l'éléphantiasis, par exemple, a été radicalement modifiée par ces nouvelles méthodes. Son origine mécanique, autrefois seule admise, est actuellement rejetée au profit de l'origine infectieuse. Cette infection peut être produite par presque tous les microbes connus et n'est pas le fait d'un agent spécifique. Parmi ces agents, le bacille de Koch a été longtemps méconnu comme pouvant à lui seul créer de toutes pièces l'état éléphantiasique. L'éléphantiasis tuberculeux est aujourd'hui absolument prouvé, et si parmi les causes de l'éléphantiasis les classiques ne mentionnent pas encore la tuberculose, c'est que le nombre de cas observés en est encore très restreint. Le cas récemment publié par MM. Forgue et Massabuau, qui formera le fond de notre thèse, est un exemple typique d'éléphantiasis avec ses manifestations cliniques et anatomiques, et d'éléphantiasis tuberculeux.

Après quelques considérations générales sur l'éléphantiasis, indispensables pour la compréhension du reste de notre thèse, nous exposerons dans un deuxième chapitre : *a*) l'historique de la question de l'éléphantiasis tuberculeux ; *b*) et nous décrirons certains états éléphantiasiques coexistant avec des lésions tuberculeuses cutanées, établissant entre les deux des relations de cause à effet. Le troisième chapitre sera consacré tout entier au sujet qui nous occupe : l'éléphantiasis tuberculeux vrai.

CHAPITRE PREMIER

L'ELEPHANTIASIS EN GENERAL

« L'éléphantiasis, par comparaison avec l'état pachydermique, est un terme général qui s'applique aux hypertrophies du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, circonscrites à certaines parties du corps, surtout le scrotum et les membres inférieurs. »

Telle est la définition qu'en donne M. Forgue dans son précis de pathologie, et cette définition n'a jamais varié. Notre conception de l'éléphantiasis et de sa pathogénie s'est seule modifiée à mesure que son anatomie et sa bactériologie nous ont été mieux connues. Les influences mécaniques, autrefois seules admises, ont fait place aux influences infectieuses.

Autrefois, chaque éléphantiasis était considéré comme une entité morbide : il n'existait pas un état éléphantiasique, mais des éléphantiasis ayant chacun une étiologie, une pathogénie et presque une évolution clinique spéciale.

On en distinguait trois sortes :

1° L'éléphantiasis des pays chauds, de cause essentiellement mécanique, bien que dû à un parasite du sang : la filaire. C'était la filaire qui, par sa présence dans les troncules lymphatiques, peut-être par l'irritation due à sa présence, déterminait des phénomènes d'obstruction, de stase et d'œdème.

2° L'éléphantiasis Nostras, qu'Achalme et Sabouraud

attribuaient à l'inflammation streptococcique. Le streptocoque était le microbe spécifique de cet éléphantiasis, comme de l'érysipèle. Il agirait par des inflammations répétées, qui, finalement, aboutiraient à la sclérose hypertrophique du derme.

3° Des pseudo-éléphantiasis, dont le plus important serait l'éléphantiasis par obstruction veineuse et lymphatique, consécutif à l'œdème prolongé que provoque cette obstruction.

Ces notions se sont grandement modifiées et l'éléphantiasis syndrome a pris la place de l'éléphantiasis entité morbide.

Cette revision a commencé à s'opérer en 1878 sous l'influence de Besnier, dans ses leçons de Saint-Louis.

On distingua alors deux catégories d'éléphantiasis :

1° Des éléphantiasis mécaniques, dus à l'obstruction veineuse et lymphatique. C'étaient les pseudo-éléphantiasis d'autrefois, et l'éléphantiasis filarien y prenait place.

2° Des éléphantiasis infectieux, où le streptocoque était presque toujours en cause.

Mais de jour en jour l'influence mécanique dans la production des éléphantiasis perd de son importance, peut-être pourrait-on la rejeter complètement. L'état éléphantiasique est caractérisé par une inflammation du derme et du tissu conjonctif, une infiltration diffuse aboutissant à l'organisation et à la sclérose hypertrophique. L'infiltration est surtout abondante autour des vaisseaux. Ils perdent leur souplesse, se laissent ectasier et leurs varicosités sont quelquefois sensibles à travers l'épiderme. Les troubles circulatoires qui en résultent provoquent de l'œdème. Ces néoformations peuvent-elles être produites par la stase sanguine seule et l'œdème consécutif ?

Renaut le croit possible, et l'œdème prolongé aboutirait

selon lui à une « dermite proliférante de nature hypertrophique ». Ses élèves ont appliqué la même loi aux viscères et expliquaient ainsi les modifications histologiques du rein et du foie cardiaque.

Bard combat cette opinion. Son élève Piery démontre que la sclérose résulte de poussées répétées de dermite interstitielle, rendues plus fréquentes par l'œdème chronique, qui est alors rejeté au rang des causes prédisposantes. Ces travaux, rigoureusement contrôlés, ont abouti à démontrer qu'une infection suffit à provoquer le syndrome éléphantiasis.

Deux variétés d'éléphantiasis sembleraient devoir faire maintenir quand même la classe des éléphantiasis de cause mécanique.

Ce sont l'éléphantiasis filarien et l'éléphantiasis consécutif à des oblitérations inflammatoires et à l'ablation des ganglions lymphatiques.

Là encore, l'origine exclusivement mécanique de ces éléphantiasis peut être rejetée.

Pour le premier, rien ne prouve absolument la relation de cause à effet existant entre la filaire et l'éléphantiasis. En effet, la filaire est introuvable dans le sang de beaucoup d'éléphantiasiques. Beaucoup de sujets dont le sang est infesté d'embryons de filaire n'ont jamais d'éléphantiasis. Comment expliquer que les lymphatiques du membre inférieur seul jouissent du privilège d'être obstrués par les œufs de filaire, alors que les autres membres et divers viscères (foie et poumon, riches en réseau lymphatique) ne sont jamais touchés ? Nous sommes donc autorisé à conclure que la gêne mécanique due à la présence des filaires adultes intervient dans la production de l'éléphantiasis des pays chauds. Mais « il faut accorder un rôle important à l'infection, aux lymphangites à répétition, dont

les lésions inflammatoires se surajoutent à chaque crise et dont l'épaississement éléphantiasique est le reliquat, infection lymphangitique qui s'explique bien si on considère la stase dans les vaisseaux blancs obstrués, la saleté des papulations exposées à cette endémie et les occasions d'inoculation septique que créent les petites vésicules en grain de mil, faciles à rompre, qui s'observent au niveau des varicosités lymphatiques ».

La deuxième classe, celle des éléphantiasis dus au manque de drainage occasionné par l'ablation ou l'oblitération inflammatoire des ganglions, ne plaide pas plus que la première en faveur de l'éléphantiasis mécanique. Le nombre de ganglions enlevés ou curettés est énorme ; les cas d'éléphantiasis consécutifs à ces opérations sont une rareté, et aucune observation n'est absolument probante. Dans tous les cas cités l'éléphantiasis a pu trouver son origine dans des accidents septiques mentionnés dans l'observation : inflammation cutanée, infections parties des ganglions curettés ou poussées érysipélateuses post-opératoires.

Fiocre, qui a étudié de nombreuses observations d'éléphantiasis de toute origine, conclut ainsi à propos des éléphantiasis d'origine ganglionnaire : « Cependant, l'éléphantiasis ne succède que de loin en loin à l'ablation des ganglions lymphatiques. Autant le curettage des ganglions est fréquent, autant sont rares les cas d'éléphantiasis, dit M. Besnier. Il est donc probable que la stase lymphatique n'est pas toujours seule en cause, mais qu'assez souvent il lui est adjoint un deuxième facteur qui n'est autre que l'infection du réseau lymphatique. Et, en effet, l'examen de la plupart des cas d'éléphantiasis consécutifs à la destruction ou à l'enlèvement des ganglions, montre que l'affection a été généralement accompagnée de phé-

nomènes inflammatoires, comme nous pouvons le constater dans les observations suivantes. »

L'œdème mécanique ne doit donc être considéré que comme une cause prédisposante dans la pathogénie de l'éléphantiasis. Une seule cause nous paraît indispensable et suffisante : c'est l'infection.

Cette infection peut être le fait de nombreux microbes et l'éléphantiasis n'a pas de microbe spécifique comme le croyait Sabouraud, qui accusait le streptocoque seul de provoquer ces dermites érysipélateuses à récidives. Assurément c'est lui que l'on trouve le plus souvent, mais le staphylocoque blanc et le pneumocoque ont été rencontrés et les infections polymicrobiennes sont très fréquentes.

Il existe enfin une infection spéciale, susceptible de produire de l'éléphantiasis, et qui, par ses nombreuses analogies avec l'éléphantiasis tuberculeux, mérite de nous retenir un instant : c'est l'infection syphilitique dont le tréponème produit des lymphangites qui aboutissent à l'état éléphantiasique.

Cet éléphantiasis syphilitique, localisé aux organes génitaux, offre deux variétés :

Dans un premier cas, le moins typique, l'éléphantiasis résulte d'une lésion tertiaire ulcéreuse. Or, il est difficile de démêler, dans ce cas, lequel des deux est la vraie cause de l'éléphantiasis. Est-ce le tréponème lui-même ? Est-ce une infection secondaire produite au niveau de l'ulcération ?

La deuxième variété est plus probante et mérite seule le nom d'éléphantiasis syphilitique. C'est un accident de la période tertiaire. Fournier, en 1870, en avait pressenti l'existence. Les plus récents travaux l'ont confirmée. Anatomiquement, c'est un syphilome diffus hypertrophique, aboutissant à des déformations monstrueuses des orga-

nes génitaux, où il siège presque exclusivement. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1906, Balzer et Deshayes.)

Afin de pouvoir comparer le syphilome hypertrophique diffus à l'éléphantiasis tuberculeux, nous allons en donner une observation prise dans la thèse de Bütterlin. On verra les analogies qui unissent ces deux maladies et qui créent entre elles une grande difficulté de diagnostic.

Observation première

(In thèse Bütterlin — Emery et Glantenay).

Chez un homme de 45 ans. Deux blennorrhagies. A 25 ans, syphilis. Depuis cette époque, a présenté des apparitions incessantes d'éléments éruptifs.

« En 1894, fut frappé d'une nouvelle affection. Tout d'un coup, et sans cause apparente, la verge étant parfaitement saine et ne portant pas trace de la plus légère érosion, la prépuce fut envahi par un œdème volumineux, à caractère inflammatoire tel, qu'après une quinzaine de jours, l'organe, au dire du malade, était distendu, gonflé comme une vessie pleine.

» Peu à peu, cette infiltration aiguë changea de caractère et fit place à un épaississement scléreux des tissus.

» Depuis cette époque, à part quelques rémissions survenues notamment pendant l'été, s'accusant par une diminution de consistance et de volume, l'état des parties malades est resté stationnaire.

» Deux ans après seulement, le scrotum participait à la même inflammation et subissait une évolution identique.

» Actuellement, la verge est très hypertrophiée (deux à trois fois son volume normal) ; elle présente deux courbures successives, qui lui donnent un aspect sigmoïde.

» Le gland, difficile à découvrir, est absolument normal ; le prépuce présente, sur sa face dorsale et près de son bord libre, une bride fibreuse, épaisse, qui limite en avant un pertuis consécutif à une lésion sphacélique apparue il y a cinq semaines.

» Dans le reste de son étendue, la peau, épaissie, rugueuse, indurée, tuméfiée, présente l'aspect typique d'une peau atteinte d'infiltration éléphantiasique.

» Autant qu'on peut s'en rendre compte par la palpation à travers les enveloppes épaissies, aucune traînée de lymphangite de voisinage ; tous ces phénomènes ont une évolution torpide, sans douleur et sans réaction inflammatoire.

» Intégrité parfaite des ganglions de l'aine et de la fosse iliaque. »

Nous ne savons pas grand'chose sur l'anatomie pathologique de l'affection ; l'examen microscopique nous montre des lymphangiectasies considérables. La lésion essentielle est une lymphangite et périlymphangite avec infiltration embryonnaire à plasmazellen autour des vaisseaux blancs, de la stase, de l'œdème. Le point de départ de ces lésions est certainement la syphilis. Ravogli ayant récemment constaté la présence du tréponème dans les vaisseaux lymphatiques dans un cas de ce genre, sa nature et son origine ne font plus aucun doute.

Fournier, à la Société de Dermatologie, donnait l'opinion suivante : « Il est quelquefois difficile de donner une démonstration clinique de ces tuméfactions. S'agit-il de lymphangite chronique ? Est-ce de l'infiltration en

nappe ? A défaut de connaître la nature exacte de l'affection, je l'ai appelée « éléphantiasis ou syphilome hypertrophique diffus ».

Selon lui, ces lésions ne sont que temporaires. Leur durée est certainement très longue, mais elles ne sont jamais définitives, ni chroniques, dans le sens propre du mot. Elles sont la conséquence de la lymphangite, qui vient compliquer le chancre, mais les lésions d'œdème scléreux peuvent se développer après sa cicatrisation.

Ajoutons que le traitement mercuriel n'agit que faiblement sur le syphilome diffus. Quelquefois même, cette affection sera rebelle à tout traitement. Le traitement pierre de touche ne donnera donc que des renseignements peu utiles au diagnostic entre cette maladie et l'éléphantiasis tuberculeux.

L'infection tuberculeuse et l'infection syphilitique offrent entre elles, dans de nombreux cas, de si grandes analogies, leurs lésions sont souvent si semblables, et enfin (ce qui nous intéresse plus particulièrement), leur prédilection pour le système lymphatique est si marquée, que nous pouvons déjà en inférer que l'éléphantiasis tuberculeux peut exister.

CHAPITRE II

DES ELEPHANTIASIS D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Nous désignerons sous ce nom les éléphantiasis où le bacille de Koch joue le rôle prépondérant, mais qui succèdent à des lésions d'origine tuberculeuse. Nous verrons que l'éléphantiasis tuberculeux vrai est primitif et mérite seul cette dénomination.

§ A. — Dans une première catégorie, se rangent les éléphantiasis succédant à des lésions tuberculeuses de la peau, le plus souvent l'infiltration lupique.

Cette affection est une rareté, et Coculet, qui l'a bien étudiée, en relève sept cas seulement jusqu'en 1886. Voici ses principales caractéristiques :

Son siège est généralement aux membres inférieurs. L'œdème et l'aspect de la peau n'ont rien de spécial, mais on remarque : 1° des ulcérations qui s'étendent en surface, ce qui est le propre des lupus ; 2° des cicatrices profondes, adhérentes aux plans sous-jacents, qui donnent au membre l'aspect capitonné ; 3° des saillies en forme de framboise, dures, de couleur rouge. Les ulcérations manquent souvent. Les cicatrices sont plus constantes, mais

parfois peu visibles ; l'éléphantiasis étant le symptôme dominant, le diagnostic est ainsi rendu très délicat.

Coculet dépeint ainsi le membre atteint de lupus éléphantiasique : « L'état se manifeste au plus haut degré au membre inférieur, au-dessous du genou. La jambe a pris un volume double. Sa forme est cylindrique et elle se continue sans ligne de démarcation bien nette avec le dos du pied, qui est tuméfié comme un coussin, dit Hébra. L'ensemble représente une patte analogue à un pied d'éléphant, s'étendant vers la saillie des orteils ; en bas, sur le cou-de-pied, il y a un sillon dans lequel s'accumule une masse épidermique macérée d'odeur fétide. Le pied est élargi, les orteils volumineux, mais séparés, d'autres fois confondus en une seule masse qui porte sur sa face dorsale quelques sillons superficiels, indiquant la limite ancienne des orteils. La peau est partout épaissie ; elle forme en quelques points des bourrelets durs et épais, et adhère intimement aux tissus sous-cutanés ; aussi, est-il impossible de la pincer ; en certains endroits, elle est lisse, brillante, tendue ; ailleurs, rugueuse et recouverte de croûtes d'un vert jaune sale ou d'un épiderme épais, fortement adhérent et disposé en plaques.

» On trouve aussi des cicatrices étendues, plates, rétractées, en forme d'entonnoir, adhérentes aux os épaissis ; souvent, on voit des excroissances frambosoïdes qui occupent une place de la largeur d'une pièce de cinq francs, rouges, hautes de plusieurs millimètres, mamelonnées, dures, fendillées, saignant facilement. »

Le lupus disparaît parfois dès le début de l'apparition de l'œdème éléphantiasique. Seule, alors, une cicatrice le révèle. D'autres fois, il a déjà gagné une région jusque-là indemne. D'autres fois encore, l'éruption lupeuse continue à évoluer ; on le voit alors sous toutes ses formes,

depuis le petit nodule enchâssé dans le derme, jusqu'à la large ulcération, et procédant par poussées successives.

Le lupus étant fréquent, l'éléphantiasis greffé sur lui étant une rareté, on peut se demander quelles sont les causes qui favorisent l'éclosion de cette complication : ce seront les congestions inflammatoires, lymphangites et adénites que peut présenter le membre sous l'influence de causes étrangères au mal ; l'œdème chronique, de quelque origine qu'il soit. On a cité, comme cause importante, l'irritation mécanique par les vêtements ou autre chose. Tout ce qui entrave la circulation du sang : pour le membre inférieur, la grossesse, la station debout, les varices, les affections cardiaques. Enfin, certains auteurs incriminent surtout l'érysipèle.

La face est exceptionnellement atteinte par le lupus éléphantiasique. Son aspect clinique est celui de la scrofule léonine des anciens auteurs.

Aux organes génitaux, l'affection est aussi très rare. On conçoit combien, dans cette région, son diagnostic d'avec la syphilis peut devenir malaisé.

Mériel a publié un cas de tuberculose hypertrophique de la vulve à forme ulcéreuse. La voici :

Observation II

(Mériel. Documents gynécologiques).

Mme V..., 26 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire au deuxième degré, est aussi porteuse d'un tuberculome ulcéré du volume et de la forme d'une noisette, situé à la partie moyenne du bord libre de la petite lèvre gauche. Le fond de l'ulcération était rouge foncé, recouvert d'un

enduit purulent. La malade se croyait atteinte d'un chancre.

Excision de la tumeur, suture exacte des bords de la plaie ; la réunion ne s'obtient que par seconde intention.

Examen histologique. — L'examen microscopique montre que la lésion est d'autant plus avancée que l'on s'approche de l'extrémité libre de la tumeur ; les limites du mal paraissent d'ailleurs avoir été dépassées.

Sur un point de la périphérie diamétralement opposé à la surface cruentée, on voit une petite ulcération. On trouve aussi à ce niveau une sorte d'involution épidermique, comme si la surface avait été déprimée en doigt de gant dont le fond serait étalé.

Dans toute l'épaisseur de la tumeur, les vaisseaux sont si nombreux qu'ils lui donnent l'aspect d'un tissu érectile. Tout autour de ces vaisseaux, sont groupées de nombreuses cellules rondes.

On distingue, sous la coupe, deux zones. Dans la zone profonde, toute la lésion consiste, comme nous l'avons dit, dans l'accumulation autour des vaisseaux de nombreuses cellules embryonnaires. Dans l'intervalle des vaisseaux, on voit quelques granulations tuberculeuses sans cellules géantes. L'épiderme ne présente rien de particulier.

Mais, à mesure qu'on approche de l'extrémité libre de la tumeur, les granulations augmentent de nombre et de volume, si bien que, à peu de distance de l'ulcération, le tissu conjonctif est presque entièrement confondu en tissu de granulations. Dans cette zone, l'épiderme est fortement épaissi ; la couche cornée surtout est doublée et le corps muqueux envoie dans la profondeur des digitations épithéliales grêles et nombreuses.

Dans certains points, l'épiderme est comme usé par la néoplasie, et il y a tendance à l'ulcération. C'est surtout à ce niveau que l'on trouve des tubercules assez volumineux, résultant de la fusion de plusieurs follicules, de telle sorte que l'on trouve des amas de tissus de granulations avec d'assez nombreuses cellules géantes.

Au niveau de l'ulcération l'épiderme a disparu ; on voit là une petite dépression formée par un tissu nécrosé, caséeux, bordé à la périphérie par des granulations tuberculeuses, possédant toutes une cellule géante.

Dans un cas identique, de Bender et Nandrot, l'examen microscopique permet de déceler des bacilles de Koch.

Pour Labadie-Lagrave et Legueu, la forme habituelle de la tuberculose vulvaire est « l'ulcération solitaire, irrégulière, à fond jaunâtre, avec de petits points gris autour ».

Un fait intéressant dans les cas de lésions de ce genre, est le diagnostic. Il doit être fait d'avec :

1° Le chancre mou : mais celui-ci est anfractueux, irrégulier, à bords décollés, suinte abondamment, creuse en profondeur, alors que la tuberculose reste superficielle ;

2° La diphtérie vulvaire : la présence de fausses membranes et la coexistence d'une angine diphtérique, tranchent la question ;

3° La gangrène : là encore, l'escarre livide, son apparition au cours d'une maladie grave et aiguë, la caractérisent suffisamment ;

4° L'esthiomène vulvaire : l'esthiomène de la vulve n'est pas synonyme de lupus de la vulve. Mieux dénommé « sclérème ano-génital », l'esthiomène est une « indura-

tion hypertrophique plus ou moins volumineuse de la vulve, qui peut être provoquée par toutes les ulcérations, spécifiques ou non, et entretenue par la misère physiologique, une mauvaise hygiène, la malpropreté locale, les contacts génitaux répétés ». Il est toutefois certain que de nombreux cas d'éléphantiasis tuberculeux ont été placés, faute d'examen histologique, dans le groupe, nombreux et confus, des esthiomènes de la vulve ;

5° Le chancre syphilitique : les syphilides ulcéreuses secondaires tardives ne peuvent être que difficilement différenciées d'avec la tuberculose par l'examen clinique seul ; il faut y joindre l'examen histologique.

Si nous avons insisté longuement sur la tuberculose hypertrophique de la vulve, à forme ulcéreuse, malgré sa rareté, c'est pour la comparer à l'éléphantiasis tuberculeux vrai, qui, lui, a son siège exclusif aux organes génitaux.

Quelle est la pathogénie de ces éléphantiasis à point de départ tuberculeux ? Il est évident que nous ne nous occupons pas ici des éléphantiasis qui peuvent succéder à une infection hétérogène qui se produit au niveau d'un ulcère tuberculeux, comme elle peut se produire sur une ulcération syphilitique, néoplasique ou autre.

Pour Hébra, « le nouveau tissu fibreux hypertrophique est parsemé de jeunes amas de lupus, qui permettent d'en reconnaître l'origine lupeuse ». Il est donc nettement affirmatif.

Coculet, fidèle à la genèse mécanique de l'éléphantiasis, pense que celui-ci est secondaire à la stase lymphatique et à l'œdème dus à l'envahissement profond des granulations lupiques, à l'engorgement des ganglions, conséquence des poussées inflammatoires répétées.

Dominici écrit que « l'état éléphantiasique peut être

la conséquence des adénites, tronculites, radiculites oblitérantes tuberculeuses, dont le lupus est le point de départ. Il s'installe progressivement et insidieusement, à la suite de poussées d'érysipèle vrai, ou à la suite de ces congestions œdémateuses spéciales, que Leloir a dénommées érysipèles blancs. On ne saurait dire si l'infection secondaire par les pyogènes est nécessaire à sa production. »

Peu d'observations permettent de conclure nettement, l'examen histologique et bactériologique ayant le plus souvent été insuffisant. Néanmoins, l'observation de Mériel prouve suffisamment que la prolifération inflammatoire d'un éléphantiasis secondaire à une tuberculose de la peau, est de nature tuberculeuse.

Dans un cas d'éléphantiasis mixte scrofulo-syphilitique du membre inférieur gauche, publié en 1902 par Danlos, dans les *Annales de Dermatologie,* l'examen histologique montra « deux ordres de lésions inflammatoires, les unes nettement syphilitiques, les autres tuberculeuses, avec des cellules géantes ».

La question est donc tranchée : l'éléphantiasis secondaire à une tuberculose de la peau peut avoir pour cause la tuberculose seule.

§ B. — Il existe une seconde catégorie d'éléphantiasis, dont la tuberculose constitue le facteur essentiel, peut-être même unique, et qui ne sont pas secondaires à des tuberculoses de la peau :

Eléphantiasis du membre inférieur gauche, survenant un an après que sont apparus deux abcès froids au niveau de la partie inférieure de la colonne vertébrale. Un des deux était tari, l'autre était fistulisé. Pas d'examen,

ni bactériologique, ni anatomo-pathologique (Guillemin).

Bernabei observe une femme de 64 ans, qui, de 35 à 50 ans, a présenté des manifestations scrofuleuses multiples : adénites axillaires et crurales suppurées. Elle eut un érysipèle de la face, puis une récidive avec, cette fois, envahissement du cou. Ces érysipèles laissent une légère tuméfaction. Quelque temps après, éléphantiasis du membre supérieur. L'auteur admet que cet éléphantiasis résulte d'un érysipèle qui a été rapidement suivi d'éléphantiasis, à cause du terrain favorable que présentait un membre, longtemps préparé par la scrofulose.

Fiocre rapporte l'observation d'une femme qui, un an après une adénite crurale, curettée et drainée, voit son membre inférieur s'œdématier. Œdème douloureux, envahissant les organes génitaux, s'établissant par poussées ; peau épaissie, vésicules à la surface. S'agit-il d'un éléphantiasis tuberculeux, ou consécutif à des lymphangites à répétition, dues à une infection quelconque ? Aucun examen bactériologique n'ayant été pratiqué, il est impossible de conclure.

En l'absence de preuves certaines, apportées par le laboratoire, on ne peut attribuer à la tuberculose seule ces cas d'éléphantiasis. Pour tous ces cas rapportés, elle ne semble même y jouer que le rôle de cause prédisposante. Mais il est d'autres exemples, mieux étudiés, dans lesquels on peut affirmer la nature tuberculeuse des lésions mêmes de l'éléphantiasis.

CHAPITRE III

L'ELEPHANTIASIS TUBERCULEUX

L'origine infectieuse de l'état éléphantiasique étant admise et démontrée, ayant éliminé les cas où le bacille de Koch n'est peut-être pas le seul agent à incriminer dans la production de ce syndrome, nous allons voir, dans les observations qui suivent, qu'il est capable à lui seul de le provoquer. Le cas est alors comparable au syphilome hypertrophique diffus de Fournier, que nous avons décrit au chapitre premier.

Les observations d'éléphantiasis tuberculeux sont rares dans la littérature médicale ; on en compte une dizaine au plus : la première semble être celle de Pôwerlein ; Petit et Bender en publiaient un cas presque en même temps.

Nous donnerons ici, in-extenso, la très belle observation, récemment publiée par MM. Forgue et Massabuau, et celle, plus ancienne, de notre ancien maître de la Faculté de Toulouse, le professeur Mériel. Nous résumerons ensuite les observations de Pôwerlein, de Petit et Bender, de Boursier, de Dujarier.

Observation III

(Forgue et Massabuau).

C. M..., âgée de 35 ans, a présenté à l'âge de 15 ans une adénopathie tuberculeuse de l'aisselle traitée par l'incision et le curettage. A l'âge de 20 ans, elle a présenté une nouvelle adénite du côté gauche de la région cervicale, traitée par l'ablation.

Il y a deux ans, alors que la malade était soignée pour une diarrhée chronique persistante, elle voit se développer une tuméfaction au niveau de la partie moyenne du bord de la grande lèvre droite, et le volume de cette dernière augmenter progressivement : presque en même temps apparaît de l'œdème du membre inférieur droit. Il y a huit mois, en même temps que l'œdème a gagné le membre du côté opposé, apparaît un empâtement dur dans les régions inguinales droite d'abord, ensuite gauche.

Cette évolution s'est faite de façon à peu près indolore, sauf de temps en temps quelques élancements dans l'aine et dans le membre inférieur droits. Vingt jours avant son entrée à l'hôpital, au niveau de la tuméfaction inguinale droite apparaît une fistule qui laisse écouler en abondance du pus.

Les règles sont supprimées depuis seize ou dix-sept mois, les pertes blanches sont abondantes. La malade tousse un peu, ne crache pas et n'a jamais eu d'hémoptysies. L'examen du thorax permet de constater une induration du sommet gauche avec quelques craquements.

Examen. — La grande lèvre droite présente une tuméfaction considérable égale à un scrotum d'adulte. L'aspect

de la peau est celui d'une peau éléphantiasique : ce qui frappe le plus, c'est la saillie sur la surface cutanée de sortes de nodosités, du volume d'un grain de mil à un petit pois et plus, dont les unes ne sont qu'une sorte de bourgeonnement sessile, irrégulier, et dont les autres, au contraire, tendent à s'énucléer des téguments, à la façon d'un molluscum pendulum. Vers le pôle inférieur de la grande lèvre, cette transformation papillomateuse des téguments a abouti à la formation d'une véritable tumeur, du volume d'une petite noix, composée d'une série d'éminences lobulées, séparées par des plis profonds, en forme de choufleur, mais au niveau de laquelle la peau est intacte et sans ulcération : il y a simplement de la macération épidermique (Pl. I et II).

Sur la partie moyenne de la grande lèvre gauche, qui est beaucoup moins tuméfiée, on observe une petite saillie pédiculée. La consistance de ces parties est celle d'un œdème un peu dur. Le membre inférieur droit est très œdématié : l'œdème est moins considérable à gauche.

Les deux aines sont occupées par un gâteau ganglionnaire : il faut dire gâteau et gâteau adhérent, car la masse est bloquée dans le triangle de Scarpa et se prolonge dans la fosse iliaque par un paquet plaqué complètement contre le détroit supérieur. A gauche, les ganglions de la région inguinale correspondant à la partie moyenne du triangle de Scarpa, se sont spontanément fistulisés : ces fistules donnent issue à un liquide séro-grumeleux, d'aspect nettement tuberculeux, dans lequel on trouve des bacilles de Koch. On trouve quelques ganglions dans les deux aisselles.

Le diagnostic porté est celui d'éléphantiasis de la vulve dans la production duquel l'adénopathie tuberculeuse in-

guinale doit jouer par les compressions qu'elle exerce un rôle prépondérant.

Nous opérons cette malade le 14 janvier 1908. Les deux masses ganglionnaires, très adhérentes à la saphène thrombosée et à la veine fémorale, sont totalement extirpées. Les deux grandes lèvres sont réséquées aussi complètement que possible. Les suites opératoires ne sont marquées d'aucun incident particulier et la malade sort en très bon état le 29 mars 1908.

Elle rentre à nouveau le 15 novembre de la même année. Les régions inguinales ne présentent aucune nouvelle masse appréciable, mais l'œdème des grandes lèvres a reparu sous la cicatrice et autour d'elle, avec le même aspect du revêtement cutané et les mêmes formations condylomateuses que lors de la première atteinte.

Le membre inférieur droit est très fortement œdématié, et quelques érosions de la peau laissent sourdre un liquide séreux et blanchâtre. La peau de la face interne de la cuisse est particulièrement altérée et présente à sa surface quelques nodosités saillantes disséminées, du volume d'une lentille ou d'un petit pois.

Ce qui frappe surtout, à l'entrée de la malade, c'est l'existence dans cette région de traînées lymphangitiques qui descendent jusqu'au niveau du genou et nécessitent l'enveloppement humide du membre inférieur, employé déjà par son médecin depuis plusieurs jours. Cet état s'accompagne d'un léger mouvement fébrile qui ne rétrocède pas complètement après disparition de la poussée de lymphangite.

Le 25 novembre, la malade se plaint de douleurs dans l'aisselle et dans le membre supérieur gauche. On constate alors l'existence d'un œdème dur de la partie latérale du thorax descendant jusqu'à la septième ou huitième côte,

accompagné d'une lymphangite réticulaire et d'un empâtement ganglionnaire de l'aisselle au niveau duquel la peau est épaissie, infiltrée et adhérente.

En même temps que se produisent ces diverses poussées, l'état général de la malade s'altère profondément. Elle s'alimente très peu et s'amaigrit considérablement. Elle tousse et crache. Le 3 décembre elle fait une hémoptysie abondante. On constate à ce moment des lésions de ramollissement au niveau du sommet gauche, de l'obscurité respiratoire et des frottements pleuraux à la base droite.

Le 20 décembre, nouvelle hémoptysie : quelques jours après, la malade succombe.

Etude anatomo-pathologique. — Cette étude a principalement porté sur des fragments prélevés en trois sortes de points : 1° en pleine épaisseur de la grande lèvre excisée; 2° au niveau des végétations de la surface ; 3° dans les ganglions.

1° Au niveau de la grande lèvre les lésions sont les suivantes :

a) La couche cornée de l'épiderme est épaissie, forme plusieurs feuillets superposés et qui desquament. La couche basale de cellules en palissade est assez régulièrement conservée : les papilles du derme sont quelquefois plus ou moins élargies ; les cellules malpighiennes qui n'ont subi aucune dégénérescence vacuolaire forment çà et là des digitations qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans le tissu conjonctif sous-épithélial.

b) Le derme est énormément épaissi : les faisceaux fibreux ondulés s'entre-croisent, laissant entre eux des espaces qui les écartent, infiltrés par la sérosité d'œdème : ces lames conjonctives prennent mal les colorants : quelques-unes ont subi sur d'assez grandes étendues une trans-

formation collagène. En certains points plus riches en cellules, on aboutit insensiblement à des placards de tissu conjonctif en transformation de type myxomateux ; l'infiltration œdémateuse s'accentue dans le tissu sous-cutané.

Les fentes lymphatiques du derme sont dilatées, mais la lésion essentielle est constituée par l'existence de nodules inflammatoires nombreux disséminés dans tout le derme, le plus souvent autour des vaisseaux, à parois épaissies. Ces nodules, assez nettement circonscrits à leur périphérie, sont formés pour la plupart uniquement par des cellules à protoplasme basophile, à noyau occupant une situation excentrique, et qui sont des plasmazellen. Les cellules épithélioïdes sont rares et le centre des nodules exceptionnellement caséifié. Cependant quelques-uns présentent dans leur partie centrale une ou plusieurs cellules géantes nettement caractérisées.

On voit en certains points des traînées de cellules embryonnaires pénétrer dans les fentes lymphatiques qui apparaissent bourrées de noyaux cellulaires. L'infiltration embryonnaire est très accentuée autour des poils qui ne présentent aucune autre lésion : les glandes sudoripares ont en certains points subi un processus de prolifération adénomateuse.

Le tissu intermédiaire aux granulations tuberculeuses est tantôt du tissu fibreux œdématié, tantôt un tissu conjonctif riche en cellules qui a subi une transformation myxomateuse partielle.

2° Les végétations de la surface cutanée présentent une structure spéciale. L'épithélium qui les recouvre ne présente pas d'autres lésions que celles précédemment indiquées.

Le stroma de la végétation est formé de tissu fibreux dense œdémateux, principalement au niveau de la base.

Mais ce qui est tout à fait particulier à ces formations végétantes, c'est l'abondance des vaisseaux lymphatiques dilatés et néoformés : la coupe de chacune de ces saillies verruqueuses présente un aspect lymphangiomateux. Ces grandes ectasies lymphatiques sont surtout abondantes dans la partie centrale de la saillie. A la périphérie et notamment dans la zone sous-épithéliale existent des nodules embryonnaires du type de ceux que nous avons décrits.

Pas de bacilles dans les coupes.

3° Les ganglions présentent des lésions tuberculeuses typiques, très avancées dans leur évolution : le début des proliférations est impossible à étudier ; toutes nos préparations présentent de larges zones de caséification et de nécrose.

Observation IV

(Mériel. Documents gynécologiques.)

Irma B..., 20 ans, domestique, habitant Toulouse depuis dix-huit mois, se présente à la consultation gratuite du professeur Chalot, le 16 février 1900, pour une grosseur de la région vulvaire accompagnée de démangeaisons très vives. Celles-ci ont débuté depuis quelques jours, mais elles tendent à s'accentuer et ont préoccupé la malade au point de l'induire à examiner dans un miroir sa région vulvaire. Frappée de l'aspect insolite qu'elle présentait, elle est venue se soumettre, sans plus tarder, à notre examen.

Ce qui frappe tout d'abord, à première vue, c'est l'aspect éléphantiasique de cette vulve, qui a triplé de volume et pris une coloration rouge sombre.

La fente vulvaire est cachée par une sorte de gros

opercule constitué par la petite lèvre gauche, volumineuse, épaissie, dure, infiltrée au palper, et toute hérissée de saillies verruqueuses grosses comme des lentilles, et qui lui donnent l'aspect éléphantiasique.

En soulevant cette petite lèvre, nous découvrons, en haut, la région clitoridienne déformée également, puis, plus bas, le méat et la fente vulvaire réduite dans le sens transversal ; enfin, latéralement, se voient les grandes lèvres, également épaissies, infiltrées.

Le même état verruqueux s'observe surtout sur la face cutanée des grandes et petites lèvres ; la face muqueuse présente, au contraire, l'aspect lisse et la couleur normale.

Cet œdème dur se voit aussi à la commissure postérieure, devenue, de la sorte, très saillante, et l'on peut finalement envisager l'orifice vulvaire dans son ensemble, comme entouré d'un anneau œdématié, éléphantiasique.

La surface cutanée des petites et des grandes lèvres est dépourvue de toute ulcération, mais recouverte d'un suintement visqueux, au toucher.

Rien dans les organes génitaux internes. Le sommet du poumon droit est douteux, suspect de tuberculose commençante ; la malade dit avoir eu une pleurésie (?) il y a trois ans.

Pas d'antécédent syphilitique, et l'épreuve du traitement pierre de touche, faite dès son entrée, est restée négative.

Opération le 2 mars 1900. — Anesthésie générale à l'éther ; excision large au bistouri de toute la masse hypertrophiée ; suture cutanée au crin.

La tumeur enlevée ne nous indiqua pas, au point de vue macroscopique, sa véritable nature ; elle fut envoyée

au laboratoire de M. le professeur Herrmann, sous la rubrique : éléphantiasis de la vulve, qui avait été le diagnostic clinique.

L'examen histologique, fait avec beaucoup de minutie, en coupes sériées, donna les indications suivantes :

L'épithélium ne présente aucune ulcération, et les assises superficielles sont kératinisées. A part une certaine tendance à la prolifération épithéliale, il n'y a pas d'altérations notables. Tout l'intérêt réside dans la couche conjonctive sous-jacente, qui est fortement œdématiée et infiltrée de sérosité. Dans cette masse, où les fentes lymphatiques sont très dilatées et les capillaires sanguins fort distendus, se voient, de-ci de-là, quelques amas d'infiltration embryonnaire.

A un plus fort grossissement, on voit que certains de ces amas sont constitués exclusivement par des cellules rondes, tandis que d'autres sont assimilables, par leur structure, aux granulations tuberculeuses. On y trouve, en effet, de dehors en dedans, une zone de cellules lymphoïdes, puis une zone de cellules géantes. Ces formations, d'aspect tuberculeux, ne se voient nettement que sur un ou deux points de la préparation.

Cela nous suffit pour penser à la nature tuberculeuse de la tumeur.

L'examen bactériologique n'a pu être fait.

Observation V

(Petit et Bender. Revue de Gynécologie).

Cette observation concerne une femme de 31 ans, ayant eu trois accouchements, ayant présenté dès le premier un

gonflement vulvaire, s'accentuant après chacun des deux autres, puis apparaissent de petites végétations.

« La tumeur porte sur les grandes lèvres, surtout la droite, qui est notablement augmentée de volume, sans changement de coloration des téguments, et semble être le siège d'une sorte d'œdème dur. Les petites lèvres sur toute leur étendue, le capuchon du clitoris, le pourtour du méat urinaire sont transformées en un tissu végétant, de coloration rouge sombre, de consistance ferme. Même hypertrophie polypoïde de la muqueuse uréthrale. La partie inférieure de la petite lèvre droite est tapissée de verrucosités grosses comme des grains de mil ou des lentilles. En aucun point, malgré l'examen le plus minutieux, on ne trouve d'ulcération. Ni suintement, ni douleur. Aucun signe fonctionnel, à l'exception des mictions fréquentes et involontaires.

» Rien aux poumons ; l'état général semble satisfaisant. »

Résultat de l'examen histologique. — On note la prolifération lymphoïde autour des vaisseaux, la présence de cellules épithéliales. On conclut : « Ces formations rappellent tout à fait la structure des granulations tuberculeuses ; en multipliant les coupes, nous parvînmes à mettre en évidence des tubercules absolument nets, avec, au centre, une ou deux cellules géantes environnées d'une double couronne de cellules épithélioïdes et lymphoïdes.

» La méthode de Ziehl permet de mettre en évidence, d'une façon certaine, des bacilles tuberculeux. »

La tumeur est qualifiée de « tuberculose hypertrophique de la vulve ».

Pöwerlein observe une femme de 49 ans ; le début de

la maladie remonte à l'âge de 29 ans ; une petite tumeur, de la grosseur d'une cerise, apparaît sur la grande lèvre droite. Elle augmente lentement, progressivement, sans douleurs. La grosseur ayant tout à coup évolué d'une façon rapide, la malade consulte un médecin, qui enlève la tumeur. La récidive se produit quatre semaines après.

On note à ce moment que la grande lèvre droite forme une tumeur de la grosseur d'une pomme, verruqueuse, de coloration noirâtre, enduite d'une sécrétion visqueuse, fétide. La petite lèvre droite porte une petite tumeur végétante de la largeur d'une pièce de cinq francs.

On porte le diagnostic de « sarcome de la petite et de la grande lèvre droites ».

L'examen histologique décèle la présence de nodules tuberculeux typiques. L'examen ayant été fait après sept ans de séjour de la pièce dans le liquide conservateur, les bacilles ne sont pas recherchés.

La malade de Boursier, âgée de 56 ans, présentait une tumeur formée aux dépens de la grande lèvre droite ; ovoïde à grand axe vertical ; la peau, grenue, épaissie, offre un « aspect éléphantiasique marqué ». Les membres inférieurs et la région pelvienne présentent aussi des épaississements de même aspect. La grande lèvre droite est enlevée, et, quatre ans après, celle du côté opposé est atteinte à son tour.

Le cas de Dujarier et Laroche a été observé sur un homme, le scrotum était la région atteinte.

Homme de 45 ans. « La verge présentait un œdème dur avec, par places, de petites saillies blanchâtres donnant un aspect chagriné à gros grains. Les bourses ont le volume d'une tête d'enfant ; elles présentent un épaississe-

ment considérable avec aspect chagriné, sans qu'on retrouve ici comme au prépuce ces petites élevures blanchâtres isolées ou agminées. La coloration du scrotum est blanchâtre à la partie supérieure ; à sa partie inférieure déclive, il existe une coloration violacée marquée.

» A la palpation, la peau est épaissie et présente une consistance fibroïde sur toute son étendue. Il est impossible de sentir les testicules. Du côté gauche, on voit deux orifices fistuleux : la peau est décollée sur une assez grande étendue ; en un seul point, le stylet pénètre de 4 centimètres. Ces fistules succèdent à des abcès qui s'ouvrent au bout de quelques jours et sont assez douloureux.

» Du côté droit, on ne voit que d'anciennes cicatrices. »

Les régions inguinales présentent un empâtement ganglionnaire auquel adhère une peau rugueuse et épaissie.

Quelles notions peut-on tirer de ces observations ?

En 1902, Bender et Petit disaient qu'il serait prématuré, en se basant sur deux seules observations (celle de Pöwerlein et la leur), de vouloir tracer un tableau clinique de la maladie.

Ils notaient simplement « son évolution lente, chronique, ses symptômes locaux peu importants, le peu de retentissement sur l'état général ». Nous verrons combien cette dernière assertion est erronée.

Actuellement, le nombre de cas publiés s'est notablement accru et on peut tracer les grandes lignes du tableau clinique de l'éléphantiasis tuberculeux.

Il se rencontre chez des sujets à antécédents tuberculeux ou chez des tuberculeux avérés. L'âge des malades varie entre 30 et 50 ans.

L'éléphantiasis tuberculeux se développe, sans ulcéra-

tion préalable ou concomitante, sur les organes génitaux, la vulve le plus souvent ; débute généralement par les grandes lèvres, puis s'étend au reste de la vulve. Un cas seulement a été observé sur l'homme ; il siégeait alors au scrotum.

Le début est lent, insidieux, indolore. C'est d'abord une petite tumeur qui s'accroît lentement, régulièrement, présente quelquefois des phases d'activité plu grande, comme chez la malade de Petit et Bender, qui voyait sa tumeur grossir plus vite après chacun de ses accouchements. Jamais de ces poussées aiguës de dermite infectieuse ordinaire.

Le volume de la tumeur est variable : une grosse pomme en moyenne. Sa couleur peut être noirâtre, comme dans le cas de Powerlein, violacée dans ses parties déclives, mais reste en général normale. La peau, rugueuse, épaissie, d'aspect chagriné, présente de petites nodosités dures, verruqueuses, de volume variant d'un grain de mil à une petite noisette. Pas d'ulcération ; on note parfois du suintement.

La consistance est celle d'un œdème dur, qui se laisse déprimer sans conserver l'empreinte du doigt.

L'aspect est en somme celui de tout éléphantiasis. Boursier, dans son observation, remarque « l'état éléphantiasique marqué » de la peau.

Les ganglions sont très souvent altérés — et l'importance de l'adénopathie peut être telle, qu'elle attire seule l'attention — les ganglions se ramollissent, s'ulcèrent, se fistulisent et laissent écouler un pus caractéristique où le microscope révèle la présence du bacille de Koch.

La peau des membres inférieurs et de la région pelvienne peut aussi subir la dégénérescence éléphantiasique consécutivement à un éléphantiasis génital. Dans ce cas

encore, que l'on pourrait appeler tuberculome hypertrophique diffus, par analogie avec le syphilome hypertrophique diffus de Fournier, l'évolution est lente et progressive. On a noté cependant des poussées de dermite érysipélateuse des membres inférieurs et de la région pelvienne, compliquée d'abcès, à la suite desquels se développent les épaississements éléphantiasiques de ces régions.

Dans l'observation de MM. Forgue et Massabuau on remarque des poussées de lymphangite superficielle dans les dernières périodes de l'affection. « Il s'agissait de phénomènes inflammatoires peu actifs, et bien plus comparables à ces érysipèles blancs dont la nature est mal définie, et que l'on rencontre parfois autour des lésions tuberculeuses et syphilitiques. »

A propos de la pathogénie de ces œdèmes des membres, coexistant avec une tuberculose hypertrophique de la vulve, nous devons constater qu'ils coexistent toujours avec une adénopathie abondante des ganglions de l'aine et de la fosse iliaque : nouvelle preuve du rôle que jouent les altérations des ganglions dans la production des œdèmes et des déformations, grâce à la stase lymphatique qu'elles provoquent.

Si les diverses observations présentent entre elles quelques différences dans leur tableau clinique, sur le terrain de l'anatomie pathologique nous les trouvons remarquablement semblables.

Réunissant l'ensemble des points communs qu'elles ont entre elles, on peut faire de l'histologie de l'éléphantiasis tuberculeux le tableau suivant :

« L'épiderme présente une hyperkératose excessive accompagnée d'une augmentation des papilles du derme ; celles-ci en arrivent à former ces végétations, ces verru-

cosités que les observateurs ont signalées à la surface de la peau.

» Le tissu fibreux sous-cutané est dense et épaissi ; les fibres sont dissociées par l'œdème ; en certains points, elles subissent même une véritable fonte muqueuse et ainsi se créent des placards de dégénérescence myxomateuse.

» Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont augmentés en nombre : ces derniers sont toujours très dilatés, comme dans tous les éléphantiasis ; ces dilatations sont surtout accentuées dans les parties superficielles de la néoformation.

» Les lésions inflammatoires jeunes consistent en des nodules formés de cellules rondes embryonnaires, qu'on peut rencontrer disséminées çà et là dans toute l'étendue de l'épaississement, mais qui se localisent surtout autour des fentes lymphatiques dilatées formant quelquefois autour d'elles des traînées d'infiltration leucocytaire.

» Ces nodules apparaissent, à un fort grossissement, constituées pour la plupart par des cellules rondes du type leucocytaire et du type plasmazellen. Mais il en existe quelques-uns dans lesquels on peut reconnaître l'existence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes nombreuses ; parfois même le centre de ces granulations évolue vers la caséification : on peut ainsi mettre en évidence des follicules tuberculeux très nets. » (Forgue, Rev. de chir.)

La nature tuberculeuse de ces lésions n'offre aucun doute. La présence de nodules tuberculeux types, avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et lymphoïdes, suffit à les caractériser ; or, ces nodules ont toujours été trouvés par tous les auteurs.

Bender et Petit, qui ne soupçonnaient pas la nature de leur tumeur, furent surpris d'y trouver des tubercules qui étaient si nets que la tuberculose fut affirmée sans hésita-

tion. D'aillers, ils furent assez heureux pour découvrir le bacille de Koch dans leurs préparations.

Dujarier ayant fait des inoculations de tissu malade et l'épreuve de la tuberculine eut deux résultats positifs.

Le mécanisme de production de l'éléphantiasis tuberculeux, étudié d'après sa structure histologique, ne diffère en rien du mécanisme de production des éléphantiasis d'autre nature, la structure de la prolifération périvasculaire seule diffère. Dans ces derniers, c'est une prolifération inflammatoire banale ; dans l'éléphantiasis tuberculeux, c'est une inflammation nodulaire propre au bacille tuberculeux.

« La prolifération conjonctive est produite par le bacille de Koch ; la lymphangite et la périlymphangite tuberculeuse doivent aussi être la cause de ces dilatations des vaisseaux lymphatiques et des altérations de leur paroi endothéliale qui ont l'œdème pour conséquence. » (Forgue, loc. cit.)

Il est probable que les ganglions, par leurs altérations, ne sont pas étrangers à la production de ces œdèmes. Ils provoquent un ralentissement du cours de la lymphe, une stase, qui augmente encore l'ectasie vasculaire ; et comme ces vaisseaux sont remplis de bacilles tuberculeux, ceux-ci trouvant un milieu propice à leur action, vont pouvoir former à leur aise les lésions tuberculeuses.

C'est ainsi que nous avons vu les adénopathies inguinales avoir leur effet sur l'extension au membre inférieur du processus éléphantiasique.

Le diagnostic de l'éléphantiasis tuberculeux, d'après ses seuls signes cliniques, ne sera pas toujours aisé. En présence de telles lésions on pense au sarcome (dans le cas de Powerlein c'était le diagnostic qui avait été porté), à la syphilis, jamais à la tuberculose, qu'on reconnaît plus

volontiers dans les formes avec ulcération (Mériel). Ajoutons que dans le syphilome hypertrophique diffus, le traitement spécifique donnant rarement des résultats, il ne peut servir au diagnostic.

L'examen histologique d'un fragment prélevé dans la tumeur sera la meilleure preuve sur laquelle pourra se fonder le diagnostic.

Le pronostic est sombre. « On opère ces malades, on excise la plus grande partie des masses hypertrophiées des régions génitales, mais le processus inflammatoire ne s'arrête pas. La récidive survient plus ou moins rapidement sur la cicatrice et dans les parties voisines. On l'a vue apparaître dans tous les cas qui ont été suffisamment suivis. » (Forgue et Massabuau.)

La malade de Bender et Petit est revue deux mois après l'opération. Le mal a continué à évoluer, sans ulcérations, comme avant.

Les malades de Pöwerlein, Bender et Nandrot, celui de Dujarier, n'ont pas été suivis.

La malade de Boursier, deux ans après une première intervention, où l'on enleva la grande lèvre droite, voit la grande lèvre gauche envahie à son tour par le processus hypertrophique ainsi que ses membres inférieurs.

Mériel, après de patientes recherches, retrouve sa malade sept ans après l'intervention. Sa région vulvaire ne présentait aucune trace de récidive, mais sa lésion pulmonaire persistait et semblait progresser.

La malade de Boursier succomba, 11 ans après sa première intervention chirurgicale, à des lésions tuberculeuses des poumons ; le col utérin était frappé à son tour de tuberculose hypertrophique.

La malade de MM. Forgue et Massabuau succomba deux

ans seulement après le début des accidents vulvaires, à des lésions du poumon.

« Le pronostic de l'éléphantiasis tuberculeux est donc considérablement aggravé par la fréquence de sa récidive et par le développement simultané ou ultérieur de tuberculoses viscérales, surtout pulmonaire. » (Forgue et Massabuau.)

Le traitement, exclusivement chirurgical, employé dans tous les cas cités, est l'excision aussi large que possible de la tumeur ; nous venons de dire que la récidive a, jusqu'ici, été presque la règle.

Contre les accidents éléphantiasiques des membres inférieurs, le traitement des éléphantiasis, en général, échouera. Les enveloppements humides seront employés en cas de poussées aiguës de dermite érysipélateuse.

CONCLUSIONS

I. Lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur des organes génitaux à évolution lente, indolore, chez un sujet suspect, survenant sans cause connue, après avoir éliminé le sarcome et la syphilis, il faudra penser à la tuberculose.

II. Dans ce cas, l'examen de nombreuses coupes sériées pratiquées sur la tumeur excisée, montrera sûrement des nodules caractéristiques de l'infection tuberculeuse, et ceci, joint aux autres signes cliniques de l'affection, permettra d'établir le diagnostic d'éléphantiasis tuberculeux.

III. Le seul traitement est l'excision large. La récidive ou les localisations viscérales seront, malgré tout, à peu près fatales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sabouraud. — Parasitologie de l'éléphantiasis nostras, Ann. de dermatol. et de syph., 1892, p. 592.

Besnier. — De l'éléphantiasis. Leçons de Saint-Louis, Gazette des Hôpitaux, 1878.

Renaut. — Observations pour servir à l'histoire de l'éléphantiasis et des œdèmes lymphatiques, Archives de physiologie, 1892.

Bard. — De la signification anatomique et clinique des diverses lésions du myocarde, Communication au Congrès français de médecine, 1894.

Piery. — Thèse de Lyon, 1899-1900, n° 6.

Carle et Jambon. — L'éléphantiasis, Gazette des Hôpitaux, 1903, p. 1450.

Brault. — L'éléphantiasis chez les Arabes en Algérie, Province médicale, 1908, n° 13.

Frocre. — Contribution à l'étude de l'éléphantiasis nostras, variété lymphangiectasique, thèse de Paris, 1900-1901.

Rénon. — Eléphantiasis nostras, Société de Biologie, 1897.

Bureau. — Eléphantiasis du clitoris et de son capuchon, Gazette médicale de Nantes, 1900, p. 169.

Roberts. — Un cas d'éléphantiasis consécutif à une lésion

ulcéreuse banale de la main, Bristish med. Journal of dermatologie, 1900, p. 119.

Tschlenow. — Rapports entre l'éléphantiasis de la vulve et la syphilis, Archiv für Dermatol. und Syphil., t. LXV, p. 187.

Fournier. — Leçons sur la syphilis tertiaire faites à l'hôpital de Lourcine, 1875.

Canet. — Thèse de Paris, 1904.

Butterlin. — Les lymphangites tertiaires de la verge. Considérations sur quelques états éléphantiasiques, en particulier le syphilome hypertrophique diffus, Thèse de Paris, 1907-1908, n° 335.

Ravogli. — Journal of Cutaneous diseases, février 1907.

Balzer et Deshayes. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1906.

Emery et Glantenay. — Bulletin de la Société française de dermatologie, 1898.

Fournier et Milian. — Annales de dermatologie, 1902.

Calderoni. — Etiologie et pathogénie de l'éléphantiasis des Arabes, Giornale italiano delle malattie vener. e della pelle, 1903, p. 541.

Coculet. — Le lupus éléphantiasique, thèse de Paris, 1886.

Arnozan. — Leçons sur l'éléphantiasis, Journal de médecine de Bordeaux, 1888.

Kaposi. — Eléphantiasis consécutif à un lupus. Société viennoise de dermatologie, 1891.

Lassar. — Eléphantiasis de la jambe développé sur des ulcérations lupiques, Société berlinoise de dermatologie, 1892.

Thibierge. — Lupus éléphantiasique du membre supérieur consécutif à une tuberculose des os de la main compli-

quée d'érysipèles récidivants, Annales de dermatologie, 1896, p. 1374.

Kreibich. — Eléphantiasis d'origine lupique, Société viennoise de dermatologie, 8 mai 1901.

Balzer et Faure-Beaulieu. — Lupus éléphantiasique du pied avec ulcérations serpigineuses consécutif à des atteintes répétées d'engelures, Annales de dermatologie, 1903, p. 54.

Bowen. — Eléphantiasis form lupus, Boston M. et S. Journal, 1905, p. 19.

Danlos. — Cas hybride d'éléphantiasis syphilitique et tuberculeux de la jambe, Annales de dermatologie, 1902, p. 623 et 699.

Guillemin. — Thèse de Paris, 1899-1900.

Bernabei. — Eléphantiasis du bras gauche post-scrofuleux et érysipélateux. Académie royale des physicocritiques de Sienne, 13 juin 1898, et Presse médicale 1898.

Gaston et Goguel. — Eléphantiasis du bras symptomatique d'une ostéoarthrite chronique du coude probablement tuberculeuse, Annales de dermatologie, 1899.

Pöwerlein. — Inaug. dissert., Münich, 1902, traduction in Bender « La tuberculose de la vulve », Revue de gynécologie, 1906.

Petit et Bender. — Revue de gynécologie et Chirurgie abdominale, 1905, p. 947.

Bender et Nandrot. — Bulletin de la Société anatomique, 1904, p. 129.

Mériel. — Archives médicales de Toulouse, 1908.

Boursier. — Journal de médecine de Bordeaux, octobre 1908.

Dujarier et Laroche. — Un cas d'éléphantiasis tuberculeux du scrotum, Revue de Chirurgie, janvier 1909.

Gebhardt. — Pathol. Anat. der Weiblichen Sexualorgane, Leipzig, 1899.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Martin et Nicolle. — Normandie médicale, 1895.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 17 novembre 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 16 novembre 1909.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !